

TRACCIA

Dichiarazione di volontà anticipata per i trattamenti sanitari (DAT) ai sensi della Legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a
.....
nato/a a il residente a
in via Codice fiscale
Recapito telefonico indirizzo email
..... PEC

richiamati

l'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge";

la Legge 219/2017 avente a oggetto "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";

In previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte

**nel pieno possesso delle mie facoltà mentali
DISPONGO QUANTO SEGUE**

Al fine di rendere esecutive le suddette disposizioni e di assumere in mia vece le decisioni che fossero necessarie e, in ogni caso, a ogni effetto di legge

NOMINO QUALE FIDUCIARIO

il/la sig./ra (cognome e nome)
..... nato/a a il residente a
.....
in via Codice fiscale
recapito telefonico indirizzo email
.....

Firma per accettazione dell'incarico
In fede

e (eventuale)

il/la sig./ra (cognome e nome)
..... nato/a a il residente a
.....
in via Codice fiscale
recapito telefonico indirizzo email
.....

Firma per accettazione dell'incarico
In fede

La/le persona/e delegata/e dovrà/dovranno, in caso di mia incapacità, prendere al mio posto tutte le decisioni necessarie e relative al mio trattamento medico. Di conseguenza dovrà/dovranno tener conto della mia volontà qui indicata. Potrà/potranno prendere visione/copia della mia cartella clinica e autorizzare la sua consegna a terzi.

Sono a conoscenza che il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla mia condizione clinica attuale ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Sono a conoscenza che le mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Mel,

In fede

Firma